

ARBEIDSNOTAT

Primærkontakt – en mangfoldig oppgave

Erfaringer fra et kompetanseprogram
i «Nye Namsos»

Oddbjørn Johansen
Hilde Merete Leirbekk Pettersen

Nord universitet
Arbeidsnotat nr. 3
Bodø 2019

Primærkontakt – en mangfoldig oppgave

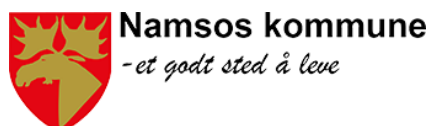
Erfaringer fra et kompetanseprogram i «Nye Namsos»

En del av prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem»

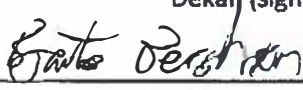
Oddbjørn Johansen
Hilde Merete Leirbekk Pettersen



Nord universitet
Arbeidsnotat nr. 3
ISBN 978-82-7456-808-2
ISSN 2535-3543 Bodø
2019



Godkjenning av dekan

Tittel: Primærkontakt – En mangfoldig oppgave Erfaringer fra et kompetanseprogram i «Nye Namsos kommune»	Offentlig tilgjengelig: Ja	Publikasjonsnr. 3
	ISBN 978-82-7456-808-2	ISSN 2535-3543
	Antall sider og bilag:	Dato:
Forfatter(e) / prosjektmedarbeider(e): Oddbjørn Johansen Hilde Merete Leirbekk Pettersen	Prosjektansvarlig (sign). Oddbjørn Johansen	
	Dekan (sign). 	
Prosjekt: Omfattende tjenester i andres hjem	Oppdragsgiver(e) Namsos kommune	
	Oppdragsgivers referanse Eva Fiskum	
Sammendrag: Dette er et arbeidsnotat basert på erfaringer fra et kompetanseprogram gjennomført i Namsos kommune. Kompetanseprogrammets målsetting var å sette fokus på primærkontakttrollen og de arbeidsoppgaver primærkontakten har for å utvikle gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til brukere med omfattende hjelpebehov.	Emneord: Primærkontakt Helse- og omsorgstjenesten Kompetanseutvikling	
Summary:	Keywords:	

1 Innledning

NTNU samfunnsforskning, NTNU og Nord universitet har i perioden 2015 – 2018 samarbeidet med 6 kommuner i Trøndelag rundt et prosjekt kalt «Omfattende tjenester i andres hjem: Brukeres, ansattes, pårørende og kommuners perspektiv.». Namsos og Namdalseid har vært to av de 6 kommunene. Selve forskningsprosjektet har bevilgning fra forskningsrådets program PraksisVel, der et sentralt mål er å bringe forskning, utdanning og praksis innen velferdsfeltet nærmere sammen. Prosjektet ble startet opp i 2016 og varte ut 2018.

Hovedmålet for prosjektet var å undersøke og utvikle tjenestene for mennesker med omfattende hjelpebehov i nært samarbeid mellom forskere, utdanning, brukere, fagfolk og kommunenes faglige ledelse. Målet er nært knyttet til spørsmål om omsorgskvalitet og livskvalitet for personer med hjelpebehov i en fase av livet der de fleste lever aktive og selvstendige liv.

Prosjektet arbeider innenfor tre hovedområder med hvert sitt hovedfokus:

1. Brukerne – selvbestemmelse og aktiv omsorg
2. Omsorg som arbeid – dilemma når en yter omfattende tjenester i andre hjem
3. Policy og praksis – kommunenes system og policy for å yte omfattende tjenester

Selv om en i prosjektet har valgt å dele det opp i tre områder, vil disse naturlig overlappe hverandre. I prosjektet har det derfor vært like viktig å se på tvers av dem og å bringe synspunkt fra de ulike ståstedene sammen.

Prosjektet ble gjennomført som såkalt praksisforskning, også omtalt som deltakerbasert forskning, handlingsrettet forskning eller aksjonsforskning. Dette innebærer et samarbeid med deltakende parter (brukere, fagfolk og kommuner) både om identifisering av utfordringer og mulige veier for videre utvikling. Slik sett kan en si at de ulike aktørene i de samarbeidende kommunene i stor grad har vært premissleverandør for hva som har blitt fokus i den enkelte kommune.

I forbindelse med den første kartleggingen blant brukere, pårørende og ansatte i Namsos og Namdalseid kommune kom det frem en rekke synspunkter på tjenesten til funksjonshemmede. Et av de områdene som ble tatt opp både blant ansatte, brukere, ledere og pårørende var primærkontaktrollen. I samtaler med Namsos kommune kom en fram til at en ønsket å lage og prøve ut en kompetansepakke til et utvalg av personer i kommunen som hadde primærkontaktansvar. Namsos kommune er i en sammenslåingsprosess og skal sammenslås med Namdalseid og Fosnes kommune i 2020. Det var derfor fra kommunens side ønskelig at ansatte fra disse kommunene også deltok. Dette for å utvikle en felles forståelse knyttet til primærkontaktrollen.

Det ble satt ned en arbeidsgruppe som fikk i oppgave å utvikle et kompetanseprogram. Arbeidsgruppen besto av Hilde Merete Leirbekk Pettersen fra «Nye Namsos» og Oddbjørn Johansen fra prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem». Heretter benevnt som prosjektledere i beskrivelse av kompetanseprogrammet. Arbeidsgruppen ble utvidet med de som deltok som veiledere i gjennomføring av programmet. Kontaktpersonen opp mot kommunens ledelse innen Helse og omsorg var Eva Fiskum.

I kapittel 2 i denne rapporten vil vi beskrive utfordringsbildet som førte til vårt arbeid knyttet til primærkontaktrollen. Utfordringsbildet er basert på funn fra forskningen som er gjort i prosjektet, og områder som helsetilsynet har avdekket i forhold til tjenester som gis til mennesker med utviklingshemming. Kapittel 3 vil inneholde en gjennomgang av primærkontaktrollen, før vi i kapittel 4 presenterer ideen og organiseringen av kompetanseprogrammet. Gjennom kapittel 5 evaluerer og vurderer vi selve tiltaket. Til slutt i kapittel 6 kommer en oppsummering med våre anbefalinger til kommunen for oppfølging og videre arbeid i forhold til primærkontaktrollen.

2 Beskrivelse av utfordringsbilde

I 2016 gjennomførte Helsetilsynet¹ et landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Rapporten har fått navnet «Det gjelder livet». Det landsomfattende tilsynet ble gjennomført i hver tiende kommune i landet og avdekket til dels store og alvorlige mangler med helse- og omsorgstilbudet til denne delen av befolkningen. I sin konklusjon skriver Helsetilsynet *«Blant hovedfunnene var at tjenestene som inngår i personlig assistanse mange steder var utilstrekkelige og lite individuelt tilpasset. I mange kommuner påpekte fylkesmannen at tjenesteyterne hadde svak kompetanse og at det manglet planmessig opplæring av de ansatte. Tjenesteytingen var ofte lite systematisk, og dokumentasjonen av personlig assistanse mangelfull og spredt. Resultatet var at mange ansatte er dårlig informert og oppdatert om brukerne de skulle bistå, om oppgavene de skulle utføre og hvordan det skulle gjøres. Det var også i mange kommuner få spor av at brukerne medvirket i utmåling, utforming og evaluering av eget tjenestetilbud, og pårørende og verger var ofte ikke godt nok informert til å ivareta brukernes interesser.»*

I de samtaler forskere fra prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem»² har hatt både med brukere, pårørende og personalet kom det også frem stor usikkerhet om den helse- og omsorgstjenesten en gir er tilpasset den enkeltes brukers behov. Det var stor usikkerhet om den enkelte bruker hadde oppdaterte planer, forholdet mellom planer og den enkeltes brukers vedtak om tjenester og ansvarsfordelingen både innad i den enkelte tjeneste, og ikke minst mellom tildelingsmyndighet og utførerenheten. I et kapittel i boken Velferdsstatens bofelleskap konkluderer forskerne slik etter å ha gjennomført flere samtaler og observert de ansatte i bofelleskap.

Slik vi vurderer det må kommunen gi klare signaler gjennom tydelig ledelse på hvilke faglige vurderinger som forventes av den enkelte ansatte. Slik vedtakene ofte er formulert legger kommunen opp til utstrakt bruk av at faglige vurderinger i forhold til utarbeidelse av tiltak og utforming av hjelp, skal planlegges og utføres i nært samarbeid med brukeren.

De ansatte, spesielt de som har primærkontaktansvar, som arbeider med enkeltbeboere må ta større ansvar for at tilbudet er individuelt tilrettelagt og at det utarbeides mål og delmål i samarbeid med brukeren. Målet for tjenestene skal skapes i samarbeid mellom tjenesteyter og

¹ Helsetilsynet (2017) Det gjelder livet Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming Rapport fra Helsetilsynet 4/2017

² Johansen, O. og Mjøen, O. M. (2019) Profesjonell yrkesutøvelse – styrt av dags- og ukeplaner? I Jan Tøssebro (red) Hverdag i velferdsstatens bofelleskap Universitetsforlaget Oslo

tjenestemottaker. Dette er et nedfelt prinsipp i all lovgivning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Når målsetting for den enkelte ikke foreligger, velges ofte fellesskapsløsninger istedenfor individuelt tilpasset tjenester.

På bakgrunn med de funnene helsetilsynet gjorde i sitt landsomfattende tilsyn og de mangler som ble avdekket under prosjektet omfattende tjenester i andres hjem drøftet Namsos kommune og representanter fra forskningsprosjektet mulige tiltak som kunne iverksettes for å få større kvalitet og mere individuelt tilpassede tjenester ovenfor mennesker med utviklingshemming.

3 Primærkontakt, en mangfoldig rolle

På de fleste arbeidsplasser fantes det en funksjonsbeskrivelse for primærkontakten. Funksjonsbeskrivelsene varierte både når det gjaldt ansvarsområder og detaljeringsnivå. I tillegg finnes det også flere funksjonsbeskrivelser i kvalitetssystemet til Namsos kommune. Omfanget på beskrivelsene varierte fra et to sider langt dokument til et relativt kort med 8 kulepunkter.

Vi valgte å fordype oss nærmere i, og ta utgangspunkt i den mest omfangsrike beskrivelsen. Den inneholder denne fem hovedpunkt; Mål for ordningen, hvem som kan være primær og sekundærkontakt, hva innebærer primær- og sekundærkontaktfunksjonen, andre forhold som er viktige og til slutt praktiske oppgaver for primær og sekundærkontakt. Denne er primært utformet for hjemmetjenester. Etter vår mening bør oppgavene og ansvaret være likt uansett hvor i organisasjonen en jobber, og har funksjon som primærkontakt.

Denne beskrivelsen er relativt omfangsrik, men synes ikke fullt ut, etter vår mening å fremheve de sentrale oppgavene til primærkontakten. Dette handler ikke om omfanget, men i større grad utformingen og vektleggingen av oppgaver i dokumentet. Likeledes bør et slik dokument ta inn over seg at ulike deler av tjenesten har ulike beskrivelse på stillinger. Dette gjelder spesielt på fagnivå, eksempelvis fagsykepleier, her brukes fagansvarlig og fagkoordinator i andre deler av tjenesten.

Målet for ordningen blir i funksjonsbeskrivelsen³ beskrevet slik:

- Primærkontakten bedrer brukerens hverdag ved at den sørger for kontinuitet og ansvarsfordeling, samt at den gir økt arbeidstilfredshet blant personale
- Primærkontaktordningen bidrar til at kommunens overordnede visjon blir oppfylt – «Namsos – et godt sted å leve»
- Nødvendig og relevant informasjon vedrørende bruker er oppdatert og tilgjengelig i profil

Hvem kan være primær- og sekundærkontakt.

Funksjonsbeskrivelsen sier at det kan alle yrkesgrupper være, og at det er fagsykepleier som bestemmer hvem som skal få oppgaven. Det er primærkontakt og sekundærkontakt som har

³ Namsos kommune Helse og omsorg Primær- og sekundærkontakt – ansvar og funksjon Dok.ID NAKSFHS 27.11.2014

ansvar for å formidle sin rolle til den enkelte bruker, samt å informere brukeren om hva en kan forvente av sine primær og sekundærkontakter.

Hva innebærer primær og sekundærkontaktrollen.

I funksjonsbeskrivelsen pekes det på 5 hovedområder

1. Observere pasienten i forhold til daglige aktiviteter
2. Observere brukerens egen opplevelse av situasjonen
3. Være deltaker i flerfaglig/tverrfaglige team og melde brukerens behov
4. Ha ansvar for at tiltak blir iverksatt
5. Være pådriver i forhold til å ivareta nettverket rundt brukeren

Under hovedpunktet andre forhold beskrives hva som skal gjøres hvis det oppstår problemer i relasjonen mellom bruker og primærkontakt og kontaktenes ansvar for å holde seg faglig oppdatert og motta veiledning.

Det siste punktet i funksjonsbeskrivelsen omtales som praktiske oppgaver og deles opp i tre underpunkter

- Kontakt med pårørende
- Kontakt med arbeidskollegaer
- Kontakt med beboer.

I dokumentet brukes følgende begrep pasient, beboer og bruker uten at det synes å være klargjort om ulike benevnelse har noen praktisk betydning eller ikke.

Videre er det ikke i dokumentet understreket dette med brukermedvirkning, ordet brukermedvirkning er ikke nevnt, men dersom man leser dokumentet ser man at det er i noen av punktene beskrevet det som kan betegnes som brukermedvirkning. Primærkontaktens koordinerende rolle sett i forhold til utarbeidelse av tiltaksplan og samhandling med brukerkontoret, samt hva som er primærkontaktens arbeidsområde og koordinatorens arbeidsområde er ikke beskrevet.

Primærkontakt og koordinator, forskjeller og likheter

Brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett på koordinator og individuell plan. Dersom det ytes tjenester fra to eller flere, og de sees i sammenheng, og involverer flere tjenesteytere har man rett på koordinator og individuell plan. Hensikten er at en koordinator skal kunne sørge for at tjenestene fra de forskjellige instanser eller sektorer koordineres på best mulig måte for brukeren. Man ønsker å unngå at bruker blir en «kasteball» i systemet. En individuell plan er en rett man får, men det er viktig å presisere at det ene avhenger ikke av det andre. Man kan ha koordinator, men ikke individuell plan for eksempel. Det er også en svært viktig oppgave for koordinator at informasjon til bruker gis på en slik måte at vedkommende settes i stand til å medvirke i egen prosess eller tjenesteutforming.

Det er et mål i Namsos kommune at alle som mottar tjenester fra kommunens helse- og omsorgstjeneste får oppnevnt en primærkontakt. Men det er et mindretall av de som mottar tjenester i Namsos kommune som har langvarige og sammensatte hjelpebehov som oppfyller ikke alle de krav som stilles for å få en koordinator.

Vi oppdaget i samtaler med ansatte at det er knyttet stor usikkerhet til hvilke oppgaver som ligger til koordinator, og hvilke oppgaver som er ligger til primærkontaktrollen, samt hvordan samhandling mellom disse kan foregå på best mulig måte. Dette er en usikkerhet vi ser spesielt på utførernivå. Her veksles det også mye i hvordan uttrykkene blir brukt i ulike sammenhenger. Spesielt er dette synlig der en både har rollen som primærkontakt og koordinator.

4 Kompetanseprogram for primærkontakter i tjenester til mennesker med utviklingshemming

Våren 2018 hadde representanter fra Namsos kommune møte med representant fra forskergruppa. Tema for møte var hvordan kan vi sikre bedre kvalitative tjenester til brukere med utviklingshemming. Med utgangspunkt både i rapporten fra helsetilsynet og de temaene som hadde kommet fram i intervjuer med tjenesteutøvere og brukere i kommunene, ble det enighet om at primærkontaktrollen var en sentral rolle med hensyn til både å ivareta brukerens behov og ønsker, og ikke minst lage planer for helsehjelpen, praktisk bistand og opplæringsbehovet den enkelte bruker hadde.

Målsetting

Målet med kompetanseprogrammet var å sette søkelys på primærkontaktens ansvarsoppgaver. Primærkontaktens opptrening i å bruke sin fagkunnskap for å utøve faglige vurderinger, igangsette gode tiltak overfor den enkelte bruker både med hensyn til helsetjenester, praktisk bistand og opplæring var viktige fokusområder. Kompetanseprogrammet hadde en varighet på 6 samlinger og strakk seg over en periode på 6 måneder. Deltagelse i programmet fordret at en allerede var primærkontakt til en eller flere brukere. Innholdet i programmet ville ta utgangspunkt i deltagerens behov og vi la stor vekt på at deltakerne skulle ha mulighet til innflytelse på innholdet i de temaene som ble tatt fram til drøfting.

Pedagogisk plattform

Kompetansepakken vi lagde er bygd opp rundt tre pedagogiske pilarer; forelesninger (tema), grupperefleksjoner under veiledning (refleksjon og veiledning), og utprøving i praksis (arbeidsoppgave). Målsettingen er at deltagerne selv skal være aktiv deltakende. Den enkeltes omformulering av kunnskap er sentral både for utvikling av kompetanse, og utøvelse av faglig funderte tjenester.

Voksne praktikere bringer med seg både teoretisk kunnskap og praktisk kompetanse i møte med ny kunnskap. Brinkerhoff⁴ hevder at læring krever at medarbeider og ledelse samarbeider om det nye og følger opp blant annet gjennom veiledning. Han har funnet at 15% hverken anvender eller prøver å anvende ny kunnskap etter opplæring/kurs. 70% prøver litt, men vender tilbake til gamle rutiner og metoder, mens 15% anvender ny kunnskap og oppnår verdifulle resultater.

⁴ Brinkerhoff, R. O. & Apking, A. M. (2001). *High impact learning : strategies for leveraging performance and business results from training investments*: Basic Books

Under forutsetning av at ny kunnskap faktisk vil medføre bedre, ny praksis, må det etter vår mening stilles følgende spørsmål: «På hvilken måte kan vi bidra til å endre denne prosentfordelingen, slik at flere enn 15% anvender ny kunnskap?».

Læring og endring av praksis forsterkes ved anvendelse av pedagogikk som inkluderer den enkelte deltaker profesjonelle erfaring, kunnskap og kompetanse. Det ser ut som om en kombinasjon av forelesninger, veiledning og utprøving i praksis er en god måte for å bidra til faglig utvikling av en tjeneste (Haug Fjone, Johansen 2006⁵).

Voksne fagfolk lærer bedre når kursene de deltar på oppfattes som relevante for deres arbeidsområde (Illeris 2001⁶). Videre hevder Illeris at voksne lærer ved å koble det de har lært sammen med egne erfaringer og ved å øve på det de har lært. Denne måten å drive kompetanseheving er prøvd ut før med godt resultat drevet før (Haug Fjone, Johansen 2006).

Beskrivelse av kompetanseprogrammet

Vi gikk igjennom utfordringsbildet, og laget forslag til aktuelle tema. Kommunen ønsket at det skulle lages et opplegg som med enkle grep kunne overføres til andre deler av organisasjonene. Gjerne en modell for kompetansehevingstiltak på områder som kobler faglige og organisatoriske utfordringer innen feltet.

Som et styrende vilkår ble det bedt om at kompetanseprogrammet i størst mulig grad skulle bruke lokale aktører, og at veilederne skulle hentes innen den kommunale organisasjonen. Dette handlet om å få utnyttet de ressursene og fagkompetansen som kommunen hadde tilgjengelig. Samtidig som en «utnyttet» den spisskompetansen som fantes innen egen organisasjon.

Dag 1 Tema: Oppstartsmøte. Presentasjon av kompetanseprogrammet og deltakerne v/ prosjektledere Hilde Merete Leirbekk Pettersen og Oddbjørn Johansen.

Første møtepunkt inneholdt en presentasjon av primærkontaktrollen. Forventninger, ansvar og kompetanse, samt eksempler fra de tre kommunene.

Presentasjon og refleksjoner rundt arbeidsformen i kompetanseprogrammet.

Refleksjons/veiledningsgruppe: Fokuskartlegging av ønsket fokus fra deltakerne.

Utforming av arbeidsoppgave til neste samling.

Dag 2 Tema: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og hva er egentlig faglig skjønn v/leder fra tildelingsenhet Anneki Sørvik. Samt innlegg fra prosjektledere Hilde Merete Leirbekk Pettersen og Oddbjørn Johansen .

I andre møtepunkt ville vi legge vekt på de føringer som ligger i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og reflektere over hva som ligger i begrepet faglig skjønn.

Refleksjons/veiledningsgruppe.

Oppsummering, evaluering og utforming av oppgave.

Dag 3 Tema: Medvirkning og selvbestemmelse v/ førstelektor Marit Haugenes. Samt innlegg fra prosjektledere Hilde Merete Leirbekk Pettersen og Oddbjørn Johansen.

⁵ Haug Fjone, H. og Johansen, O. (2006(04)), Rus og psykisk lidelse – samarbeid gjennom tverrsektorielle behandlingsnettverk Tidsskrift for psykisk helsearbeid, pp.342-351.

⁶ Haug Fjone, H. og Johansen, O. (2006(04)), Rus og psykisk lidelse – samarbeid gjennom tverrsektorielle behandlingsnettverk Tidsskrift for psykisk helsearbeid, pp.342-351.

På dette møtepunktet ville vi legge vekt på de dilemma som kan oppstå i samspill mellom pårørende, brukere, mål og føringer fra kommunen. Refleksjons/veiledningsgruppe.
Oppsummering, evaluering og utforming av oppgave.

Dag 4 Tema: Fra vedtak til tiltak v/ førsteamanuensis Gunn Eva Solum Myren.
I møtepunkt fire ville vi fokusere på utøvelse av faglig skjønn, og utforming av målretta tiltak.
Refleksjons/veiledningsgruppe.
Oppsummering, evaluering og utforming av oppgave.

Dag 5 Tema: Fra primærkontakt til felles forståelse v/ prosjektledere Oddbjørn Johansen og Hilde Merete Leirbekk Pettersen.
Hovedvekt på hvordan jobbe i samme retning i en personalgruppe basert på brukers behov.
På denne samlingen ble også noen fagansvarlige invitert til å være med. I tillegg ble ledere invitert til å si noe om sine forventninger knyttet til primærkontaktrollen.
Refleksjons/veiledningsgruppe.
Oppsummering, evaluering og utforming av oppgave.

Dag 6 Tema: Evaluering og veien videre v/prosjektledere. Hilde Merete Leirbekk Pettersen
Refleksjons/veiledningsgruppe. Oppsummering og evaluering av kompetanseprogrammet.

Det ble planlagt og gjennomført 6 samlinger a' fire timer, fordelt på perioden mai til desember 2018. Tilbudet ble gitt til 15 deltakere, og alle tre kommuner var representert. Som vilkår for å være deltaker skulle en være fast tilsatt i kommunens helse- og omsorgstjeneste, og være primærkontakt til minimum en bruker. Her var flere profesjoner representert.

Deltakerne ble delt opp i en refleksjons- og veiledningsgruppe. I gruppene skulle deltakerne belyse temaet i sin egen praksis, og komme fram med konkrete tiltak som skulle utprøves i praksis frem til neste samling (arbeidsoppgave). Arbeidsoppgaven var knyttet opp mot temaer som ble belyst på samlingene. På hver samling ble arbeidsoppgavene et sentralt tema i veiledningsgruppene. Den enkelte deltaker fikk tilbakemelding i/av gruppen sin. Deltagerne ble delt inn i tre ulike grupper og representerte ulike arbeidsplasser. Fem deltakere og en veileder i hver gruppe.

De tre veilederne som ledete hver sin refleksjons- og veiledningsgruppe, ble rekruttert fra Namsos kommune. De hadde høyskoleutdanning, samt videreutdanning i form av veiledningspedagogikk/veiledning og konsultasjon eller pedagogikk. Veilederne fikk muligheten til å delta på planleggingsmøter i forkant av kompetanseprogrammet, samt invitert til å delta på arbeidsmøter underveis, for å justere programmet i den retning både deltagerne og vi ønsket. Vi hadde også refleksjonsmøter med veilederne etter hver avsluttet dag med kompetanseprogrammet. Dette for å kunne ta med innspill fra deltagere, og for å styrke veilederens rolle i gruppen.

5 Evaluering

Evalueringen av dette kompetanseprogrammet er basert på tilbakemelding fra veiledere, samtaler underveis, og på slutten med deltakerne og prosjektledernes erfaringer.

Den pedagogiske modellen

Som prosjektledere og ansvarlige for kompetanseprogrammet opplever vi at den pedagogiske modellen har fungert etter intensjonen. Dette med faglig påfylling, tid til refleksjon og oppgaver som skulle tas med tilbake til praksis ser ut til å ha en god virkning. Dette blir bekreftet også av veiledere og deltakere. Deltakerne sier blant annet: *Viktig at vi kan lære av hverandre. Universitetet kan lære noe av oss, og vi kan lære noe av dem. Vi har hatt mulighet til å reflektere i personalgruppa, dette har sunket bedre inn. Det er større sjanse for at vi har fokus på dette framover, når vi har hatt fokus på det så lenge. Veldig bra, det har vært nyttig å dele, og høre erfaringer. Mett av informasjon etter første del, og da er det godt å få tid og rom til refleksjon etterpå. Vi er blitt flinkere til refleksjon, vi har blitt mer åpen etter hvert.*

Slik vi vurderer det virker det som om koblingen mellom teoriundervisning og refleksjon, og oppgaver mellom samlingene fungerer etter intensjonen. Det ser også ut at det at veilederne har kommet fra samme fagområde har hatt en positiv effekt. Veilederen ble ikke oppfattet som en «trussel», eller som om noen som ville se om de jobbet på riktig måte. De åpnet for en trygg og åpen erfaringsdeling og refleksjon i gruppa.

Det faglige innholdet i programmet

Når det gjelder selve forelesningene har det nok vært ulikt utbytte av disse. Dette kommer antageligvis av ulikt kunnskaps og utdanningsnivå i gruppa, og til dels at forelesningene kanskje ikke fullt ut har klart å reletare seg så godt til de praktiske nære utfordringene. Dette kom til uttrykk fra deltakerne på denne måten: *Første gangen var grei, men vi føler at det er langt mellom teori og praksis på mange områder. Klarte ikke helt å kjenne meg igjen i dette.*

Et av områdene som avgjort ble viet for lite plass i programmet var koblingene, og forskjellene mellom vedtak, tiltaksplan⁷, individuell plan. Samt hvordan beskrive og dokumentere helse- og omsorgstjenester. Videre at brukerne aktivt blir tatt med på dette arbeidet. Sammenhengen mellom vedtak og utforming av tiltaksplan og/eller individuell plan og tjenester oppleves ikke som tydelig. Likeledes hadde det vært en fordel å knytte en del av kompetanseprogrammet opp mot opplæring i bruk av profil. Flere av deltakerne hadde liten erfaring med Profil utover å dokumentere helsehjelp, og enkelte hadde heller ikke tilgang til de områder i Profil som inneholdt viktig informasjon, blant annet om vedtakene til brukerne de var primærkontakt for. Mange av deltagerne hadde helt tydelig ikke god nok kunnskap om Profil som verktøy. Dette kom til uttrykk på denne måten fra deltakerne: *Skulle hatt mere om profil, oppdaget at det er mye vi ikke kan. Brukerkontoret var bra, her var vi flere som fikk aha-opplevelser. Det at vi kan samarbeide var et viktig budskap. Brukerkontoret har virket så fjernt, her er det viktig med informasjon ut til alle ansatte.* Her siktes til beskjed fra brukerkontoret i Namsos, som hadde framlegg på andre dag, om viktigheten av gode faglige vurderinger av brukerens behov og

⁷ Tiltaksplan er ikke brukt i vesentlig grad men her brukes dette som beskrivelser som egentlig skal gjøres i profil og som omhandler mål, tiltak og evaluering både av helsehjelp, praktisk bistand og opplæring.

evaluering av de tiltak som var satt i gang, at dette dannet grunnlag for brukerkontoret for å fatte nye vedtak.

Funksjonsbeskrivelsen

Flere av deltakerne var ikke så godt kjent med at det forelå mange ulike funksjonsbeskrivelser for primærkontaktrollen. De hadde ikke sett viktigheten av at det var viktig å sette seg inn i en overordnet beskrivelse. Det var også forvirrende at det fantes så mange ulike varianter i omløp i organisasjonen. Når det gjelder funksjonsbeskrivelsene er ingen av de fullt ut gode, etter vår mening. Brukerperspektivet kommer lite til syne i beskrivelsene, og tydeliggjør heller ikke det konkrete faglige ansvaret. Blant deltakerne kom dette til uttrykk slik: *Vi bør ha en felles strategi og felles forståelse. Vi bør ha en felles overordnet beskrivelse på primærkontaktrollen,*

Skal en kunne lage, og dokumentere både brukerinvolvering og gode aktive tiltaksplaner vil dette kreve «påkoble» primærkontakter som samhandler aktiv med «sine» brukere. Gode og beskrivende planer for den enkelte bruker, hvor klare målsettinger for tjenesten kommer frem og hvor det blir gjort et klart skille mellom helsehjelp, praktisk bistand og opplæringsbehov bør utarbeides. Videre bør det jobbes tydelig med å få inn kommunens overordnede målsetting som tankegodt hos de ansatte i utformingen av helse og omsorgstjenestene. Deltakerne oppsummerte det på denne måten: *Åpnet mine øyne. Bidratt til endring. Primærkontaktrollen er den samme, men vi har blitt mer bevisst. Vi kjenner at vi er styrket i vår rolle. Skjønner mer av ansvaret enn tidligere.*

Primærkontaktrollen

Deltakeres forventninger om egen rolle som primærkontakt var diffus. De savnet en tydeligere funksjonsbeskrivelse, men ikke minst oppfølging av sin nærmeste leder i forbindelse av utøvelsen i denne funksjonen. Tilbakemeldingene fra deltakerne var: *For lite opplæring. De (lederne) må ha et ansvar for å lære opp primærkontakt. Det må bli et system for hvordan opplæring skal foregå. Det er gode systemer på å lære opp nyansatte, men når vi blir primær så er det ikke et system for opplæring. Bruker lite tid på å avklare forventninger til oppgaver, tid og rom og hva skal jeg kunne for å være primær. Ledelsen skulle vært mer involvert.*

Det kan også virke som om behovet for økt fokus på å få vedlikeholde kompetansen, og også drøfte problemstillinger rundt egen rolle som primærkontakt er et sterkt ønske slik det fremkommer fra deltakerne: *Vi skulle gjerne ha møttes videre. Deltatt på nettverksmøter. Flere refleksjonsmøter. Synliggjøre viktigheten av jobben vi gjør.*

6 Oppsummering og anbefalinger

Det har vært nyttig for prosjektlederne å ta i bruk hverandres kunnskap i prosessen, og vi ser tydelige gevinster av at kommune og universitet jobber tett sammen i planlegging, gjennomføring og evaluering. Her har det vært en gjensidig nytte og forståelse i arbeidet, som til syvende og sist vil komme innbyggere til gode.

Som avslutning ønsker vi å peke på tre spesifikke områder vi mener det er viktig og nødvendig at kommunen arbeider videre med. Vi vil også presentere konkrete anbefalinger til arbeidet.

1 Behov for kompetanseprogram

Slik vi vurderer det er primærkontaktrollen en sentral og viktig del av arbeidet som blir gjort ovenfor den enkelte tjenestemottaker. En god og faglig utøvelse av primærkontaktrollen er viktig for å sikre den enkelte brukers kvalitative gode tjenester. Primærkontaktrollen er viktig for kommunen slik at vedtaket om tjenester blir operasjonalisert, og omsatt til gode og evalueringsbare tiltak. Videre er primærkontaktrollen viktig for å sikre hva slags tjeneste det her er snakk om; helsetjenester, praktisk bistand eller opplæring. Gjøre de som jobber tettest på bruker i stand til å ta avgjørelser basert på faglig kunnskap, og sikre brukermedvirkning i tjenestene vil være et viktig fokus i arbeidet framover.

Primærkontaktens rolle i å sikre god kommunikasjon mellom brukerkontoret og utøvende tjenestedel av organisasjonen synes sentral.

Vi tror ikke kompetanseprogrammet trenger å være så omfattende som det vi prøvde ut. I vårt prosjekt kjørte vi 6 samlinger, og et mer riktig antall vil nok ligge på rundt 4 samlinger totalt. Gjennom de 4 samlinger må man gjennomgå de sentrale elementene i primærkontaktrollen. Men det synes viktig å beholde den pedagogiske plattformen med en kombinasjon av faglig/teoretisk påfyll og veiledning.

Vi anser at kommunen innenfor egne rekker har den kompetansen, og de fagfolk som skal til for å drive et slikt kompetanseprogram. Utfordringen vil kanskje ligge i oppbygging og struktur. Det vil være viktig å planlegge et slikt program i god tid, og trekke veilederne tidlig inn i prosessen. Det vil også være en mulighet å kjøre dette jevnlig, eksempelvis i et årshjul for kompetanseheving. Unngå å starte med første møte rett før ferieavvikling slik vi gjorde. Det vil være en bedre løsning å kjøre det for eksempel i en bolk på høsten, eller rett over nyttår.

Antall deltakere bør ikke overstige 20. Antall deltakere i den enkelte veiledningsgruppe bør ikke overstige 6.

Anbefaling: Erfaringene fra prosjektet tilsier at det bør utarbeides et opplæringsprogram som er obligatorisk for alle primærkontakter å gjennomføre.

Vårt forslag på tema i et slikt kompetanseprogram, fordelt på 4 samlinger a 3-4 timer, vil være:

- 1. Introduksjon og gjennomgang av primærkontaktrollen med vekt på egen utførelse, og brukerinvolvering er sentralt.**
- 2. Samhandling med andre; Kollegaer, pårørende. Tverrfaglig samhandling og IP. Forskjellen på koordinatorfunksjon og primærkontaktarbeid, tiltaksplan og IP.**
- 3. Fra vedtak til tiltak, sammenhengen om tildeling av tjenester og operasjonalisering av tiltak. Med vekt på å klargjøre grensen mellom de ulike tjenestene som helsehjelp, praktisk bistand og opplæringsbehov.**
- 4. Konkretisering av tiltaksarbeid ved bruk av profil; Kartlegging, målbeskrivelse, tiltak og evaluering.**

Programmet bør bygges opp etter samme modell som i prøveprosjektet; forelesning, veiledning og praktiske oppgaver på arbeidsplassen.

2 Funksjonell funksjonsbeskrivelse

Kommunen bør sørge for en opprydding av mangfoldet i funksjonsbeskrivelser og utarbeide en lik funksjonsbeskrivelse. Sentralt her bør være primærkontaktens arbeid sammen med brukeren, og primærkontaktens rolle som bindeledd mellom bruker og kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste.

Funksjonsbeskrivelsen bør både være informativ for både brukere av tjenestene og primærkontakten selv.

Anbefaling: Kommunen lager en ny felles funksjonsbeskrivelse for primær og sekundærkontakter.

Det ville være nyttig for kommunen å kjøre en prosess på dette arbeidet med mål om implementering av ny felles funksjonsbeskrivelse. Prosessarbeidet bør inkludere ulike interessenter, blant annet primærkontakter fra ulike tjenestesteder, ledere og fagansvarlige. Her er det også viktig å se kommunesammenslåing i sammenheng med arbeidet. En prosessleder som har ansvar for framdrift i arbeidet, men henter kunnskap og erfaringer fra organisasjonen for å finne løsninger er en arbeidsmetode som det er knyttet gode erfaringer til. Denne arbeidsmetoden fører til løsninger som er forankret bredt i organisasjonen. Det bør settes av tid til fire arbeidsmøter, samt at prosessleder må få tid til å utarbeide skriftlige dokumenter i ettertid. Dette arbeidet må forankres på kommunalsjefnivå.

3 Ledelsesansvar

På alle «ledelsesnivå» må dere legges stor vekt på at tildeling av primærkontaktansvar medfører at primærkontakten må forstå hvilken rolle og ansvar han/hun har. Derfor må lederen ved tildeling av et slikt ansvar gå igjennom funksjonsbeskrivelsen og klargjøre hva som spesielt blir viktig i forhold til den enkelte sak, spesielt viktig er dette i forhold til operasjonalisering av det vedtaket som ligger til grunn for tjenesten.

Leder må sikre at primærkontakten har tilfredsstillende opplæring og kunnskap innenfor de arbeidsredskap som brukes (profil, IPLOS osv.) og at nødvendige tilganger er gitt.

Faglig nærledelse er viktig. I dette begrepet ligger det at primærkontakten må ha tilgang til samtaler og drøftinger med en kompetent faglig leder som samhandling/drøftingsparter når det oppstår utfordringer i forhold til primærkontaktrollen. En beskrivelse av fagleders (fagsykepleier/fagvernepleier) ansvar i forhold til opplæring og oppfølging av den enkelte primærkontakt bør utarbeides og arbeidet bør dokumenteres.

Anbefaling: Viktig at alle fagledere får kunnskap og opplæring i både innhold og deres faglige ansvar for å følge opp sekundær og primærkontakt arbeidet. Dette temaet bør også drøftes jevnlig innenfor et eventuelt ledernetverk innen helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Det bør utarbeides retningslinjer for hvordan vi sikrer samarbeidet mellom primær og sekundærkontakt og leder, eventuelt fagleder/fagansvarlig.

Et opplæringssystem for primærkontakt og sekundærkontakt bør utarbeides, og implementeres i alle tjenester. Dette er en arbeidsoppgave som kan sees i sammenheng med prosessen vi beskrev i punkt 2 ovenfor. Det må da legges til to ekstra arbeidsmøter i tillegg til de fire beskrevne for å ha fokus på å lage et system for opplæring.